

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

N°

THÈSE

150

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Léon LIND

Né le 28 Avril 1903, à Zniesienie (Pologne)

MEGALÉRYTHÈME ÉPIDÉMIQUE

(Cinquième maladie)

Président de Thèse : Professeur TANON

PARIS
LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince. PARIS (VI^e Arr.)

1932

MEGALÉRYTHÈME ÉPIDÉMIQUE

(Cinquième maladie)

ANNÉE 1932

N^o.....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Léon LIND

Né le 28 Avril 1903, à Zniesienie (Pologne)

MEGALÉRYTHÈME ÉPIDÉMIQUE

(Cinquième maladie)

Président de Thèse : Professeur TANON

PARIS
LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince. PARIS (VI^e Arr.)

1932

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... M. BALTHAZARD

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LËPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBOULLET.
	NOBÉCOURT.
	H. CLAUDE.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	TEISSIER.
	DELBET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
	TERRIEN.
	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
	OMBRÉDANNE.
	RATHERY.
	LEMAITRE.
	PIERRE DUVAL.
	SERGENT.
	LÉON BERNARD.
	MAUCLAIRE.
Clinique chirurgicale.....	
Clinique ophtalmologique.....	
Clinique urologique.....	
Clinique d'accouchements.....	
Clinique gynécologique.....	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale.....	
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	
Clinique propédeutique.....	
Clinique de la Tuberculose.....	
Professeur sans chaire.....	



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiâtrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BENARD HENRI.
Pathologie chirurgicale.....	BROCCQ.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie	HOVELACQUE.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiâtrie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Histologie	MILLOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUÉNU.
Physiologie	RICHT Fils.
Chimie biologique	SANNIE.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie médicale.....	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur).
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophthalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Obstétrique	} GUENIOT.
Anatomie pathologique.....	} LEQUEUX.
Parasitologie	LEROUX.
Histologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	RETTERER.
	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.

Clinique médicale.....	ABRAMI.
Clinique médicale.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	DEBRÉ.
Clinique médicale.....	DUVOIR.
Clinique chirurgicale.....	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale.....	BASSET.
Clinique chirurgicale.....	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale.....	MATHIEU.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	PROUST.
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.
Clinique chirurgicale.....	LE LORIER.
Clinique obstétricale.....	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale.....	METZGER.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, profes- seur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur TANON

PROFESSEUR D'HYGIÈNE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CONSEILLER TECHNIQUE DU MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTEUR GÉNÉRAL DES SERVICES TECHNIQUES D'HYGIÈNE

A LA PRÉFECTURE DE POLICE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Comme témoignage de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur CAMBESSEDES

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ

Avec l'expression de ma vive reconnaissance pour les précieux conseils qu'il me prodigua au cours de ce travail.

INTRODUCTION

L'affection désignée en France le plus souvent sous le nom de « cinquième maladie » est assez peu connue et son existence même est fréquemment mise en doute par les cliniciens. Le présent travail s'efforce d'être une synthèse du plus grand nombre de publications que nous avons pu consulter. Il pourra peut-être contribuer dans une certaine mesure à une plus large connaissance d'une maladie, dont l'intérêt du diagnostic, malgré sa bénignité, réside dans une possibilité de confusion avec d'autres maladies plus sérieuses. Parmi un grand nombre de noms nous avons choisi celui de « mégalérythème épidémique » qui a le mérite de rappeler deux des caractères importants de la maladie : la tendance des taches à confluer en de larges placards érythémateux et sa contagiosité. L'appellation d' « Erythema infectiosum » couramment rencontrée dans la littérature étrangère prête à confusion avec les nombreux érythèmes infectieux symptomatiques et ne met guère en relief la spécificité de la maladie.

Le nom de « cinquième maladie » n'aurait sa rai-

son d'être, que si l'existence d'une « quatrième maladie » était prouvée. A notre sens il est loin d'en être ainsi.

HISTORIQUE

Le mégalérythème a été probablement observé par les anciens auteurs sous des appellations diverses. Ainsi une planche de Willan représente sous le nom de « Rubéola sine catarrho » le dessin et les localisations typiques de l'affection. Il est vraisemblable que certains cas ont été inclus dans la masse hétérogène des roséoles. Trousseau décrit certaines « roséoles » qui disparaissaient et réapparaissaient alternativement pendant un septenaire.

Cette fugacité est un des caractères du mégalérythème. A la fin du siècle précédent une nouvelle entité morbide, la rubéole a été admise. Sa séparation des différentes roséoles et de la rougeole a été longue à se faire. Une des raisons de cette difficulté a été le peu d'homogénéité de l'ensemble symptomatique, qu'on tentait d'ériger en une nouvelle maladie. De ce cadre hétérogène on a essayé de dégager comme maladie autonome une variété la « rubéole scarlatineuse » (Filatow). C'est aussi au dépens de la rubéole que s'est constituée une nouvelle entité le « mégalérythème épidémique ». Maint cas de cette affection a dû

être confondu avec la rubéole. C'est ainsi que Bondet de Lyon (1883), cité par son élève Delestre, dit en parlant de la rubéole, qu'elle avait « une apparence polymorphe constante, » qu'à la face, sur les parties supérieures du cou dominait une teinte érythémateuse », que « cet exanthème assez fugace est très souvent modifié par la chaleur du lit et par l'exposition au froid », remarques pouvant bien s'appliquer au mégalérythème.

En 1889 Tschamer a observé à Graz une épidémie de 30 cas de « rubéole locale. » Il a été frappé par le caractère spécial de cette éruption, dont la morphologie et l'évolution différaient notablement des caractères de la « rubéole ordinaire ». Cet auteur ne se décide pour le diagnostic de rubéole, qu'à la faveur d'un seul cas plus rapproché de cette affection. En 1891 Escherich fait décrire par son élève Gumpлович 17 nouveaux cas de Graz considérés comme étant de la rubéole, malgré le fait, que les tuméfactions ganglionnaires caractéristiques pour cette dernière, n'étaient pas constantes dans ces cas.

En 1897 Tobeitz, assistant d'Escherich, a rapporté au XII^e Congrès de Moscou des cas semblables, comme une variété de rubéole. Dans la discussion qui suivit, Escherich aurait affirmé, qu'il s'agissait là d'une maladie différente de la rubéole. C'est Sticker en 1899 qui a décrit l'affection comme autonome et la baptisa « Erythema infectiosum ». La même année son élève Berberich consacre sa thèse à l'étude de cette maladie, dont il publie 45 cas, faisant partie

d'une épidémie à Giessen. Presqu'en même temps, Schmid de Graz publie un article sur la question, rapporte de nouveaux cas et accepte la notion de spécificité et le nom proposés par Sticker. En 1900 Tripke décrit sous le nom d'Erythema infectiosum fébrile » une épidémie de 60-70 cas à Coblenze. Contrairement aux autres, ces faits se sont accompagnés de fièvre élevée 40°-41°, de troubles généraux intenses et de complications, phénomènes qui font exclure ces cas du cadre du mégalérythème par la majorité des auteurs.

En 1901 Trammer publie sous le nom de « scarlatinoïs » un article ayant trait à une épidémie particulière en Yougoslavie. Il s'agissait d'une éruption scarlatiniforme, très contagieuse, accompagnée de fièvre, avec angine et langue framboisée, suivie d'une desquamation furfuracée, mais aussi parfois lamelleuse, durant de 1 à 3 jours évoluant avec une remarquable euphorie et très bénigne, sans un seul cas mortel ni compliqué sur des centaines de malades observés. La plupart des auteurs professe pour ces observations pour le moins un doute, quant à leur relation avec le mégalérythème. L'année suivante Feilchenfeld décrit une petite épidémie de 6 cas d' « Erythema simplex marginatum, » qu'il rattache à l'affection qui nous intéresse.

En 1904 Pospischill décrit, à part la forme fondamentale, celle que les auteurs précédents ont observée, deux autres formes, une scarlatinoïde et une morbilliforme qui imiterait de près la rougeole. Il

ajoute encore une quatrième forme, qui rappelle les faits décrits sous le nom de « quatrième maladie, » mais cette dernière n'est pas nettement indiquée. La même année Escherich publie sous le nom d'Erythema contagiosum » un article sur la question, que le dermatologiste Plachte reprend sous le nom de « megalerythema epidemicum ». Heimann supporte 10 cas nouveaux. Sticker signale de nouveaux cas à Giessen. En moins de 3 semaines il en a observé 11.

Cette année paraît aussi le premier article français sur la question. C'est une note non signée parue dans les Archives de Médecine des Enfants.

En 1905, Fleischer rapporte l'observation d'une épidémie familiale de 9 cas. La même année Cheinisse de Paris, résume l'état de la question, sur laquelle Shaw publie le premier article américain. En 1900, Moussous décrit 3 cas familiaux à Bordeaux. En 1908, Rovere rapporte 10 cas de Turin. Une thèse de Sepp contenant 18 cas paraît en 1909. Escherich alors à Vienne, change d'attitude, nie la spécificité de la maladie et affirme qu'il s'agissait là de l'érythème polymorphe. Les nouvelles publications se multiplient, 30 cas de Michalowicz sont publiés en 1909. En 1910, Pfaudler relève dans la littérature allemande 300 cas. La même année Pini rapporte 8 cas de Bologne. En 1912 Indemanns cite une épidémie à Maastricht aux Pays-Bas et en 1914 Aage L. Fonns décrit une épidémie au Danemark sous le nom d' « Erythema annulare ». En 1915, paraît l'importante monographie de Tobler sur une épidémie de 66 cas à Breslau. En

1916, Hoffmann de Bonn fait paraître un article, qui contient les premières données histopathologiques de l'affection à laquelle son élève Dressen consacre sa thèse, où il rapporte des observations d'une épidémie d'une quarantaine de cas à Bonn. La même année Weber publie un article sur 20 cas observés à Zürich pendant que Naegeli signale une épidémie étendue à Tübingen et Wiesenthal une autre à Magdebourg. Scheltema publie 8 cas et Indemanns consacre un article au mégalérythème la même année. En 1917 Ochsenius publie 12 cas et en 1918 Radaeli en apporte 8 autres observés à Cagliari. En 1920, Coerper rapporte 18 cas de Barmen. En 1921, paraissent une publication de Jatsuka et Kataoka sur 38 cas en Mandchourie et un article italien de Muggia. En 1923, Scheltema publie un autre article sur la question. En 1924, Brusa fait paraître des notes sur une épidémie étendue à Bologne, dont il rapporte 11 observations avec leur formule leucocytaire. La même année Zahorsky rapporte 9 cas aux E. U. et exprime une supposition, qu'il pourrait s'agir de la rubéole, dont les cas ont été vus en même temps et au même endroit. En 1925, Shaw signale 37 cas observés en 1919 à Hambourg. Petren publie des notes sur une épidémie en Suède et Stratmann rapporte une observation d'une femme. En 1926, Herrick publie des observations sur 74 cas survenus en deux épidémies aux Etats-Unis, Hanne-mann observe 23 cas hollandais et Glanzmann rapporte un cas de « scarlatinois » en Suisse.

En 1927, paraissent les travaux suivants : celui

de Hoshi sur 164 cas en Mandchourie, celui de Taccone sur 15 cas à Milan et celui de Finkelstein et Wilfand sur 12 cas à Kiew. En même temps Comby publie un article sur la question et demande un supplément de preuves de l'autonomie de la maladie. La même année Baptista fait une publication dans un journal brésilien. En 1928, Taccone fait paraître une monographie sur la question rapportant 97 nouveaux cas et les recherches expérimentales de la plus haute importance. Bocchini signale une épidémie à Perugia et rapporte 12 observations sur 40 cas observés. La même année Cathala et Cambessédès présentent à la Société Médicale des Hôpitaux une épidémie familiale de 5 enfants sur 7. Dans la discussion qui suivit, Hallé a déclaré avoir vu des cas semblables, qui n'étaient ni de la rougeole, ni de la rubéole. En 1928, paraît aussi une note de Kissinger sur 10 cas observés dans un sanatorium. Dans un article sur les maladies exanthématiques Tobeitz maintient sa conception, d'il y a 30 ans, considérant la mégalérythème comme une variété de rubéole. En 1929, Smith rapporte 14 cas observés aux E.-U., Siwe publie 12 observations d'une épidémie hospitalière à Lund, Bernard et Astruc communiquent à la Société Médicale des Hôpitaux 3 cas familiaux et Fuhs rapporte un cas à Vienne. En 1930, Majzner rapporte une épidémie de 66 cas dans un établissement pour enfants à Varsovie, Zappert signale une épidémie à Vienne, Severin publie 10 cas à Breslau, une note anonyme signale 12 cas à Neustadt et Rietschel consacre un article à l'affection. En

1931 Mme Lawton et Smith décrivent 97 cas à Brandford (E.-U.). Mme Pinelli rapporte 10 cas italiens, Katz 6 cas en Allemagne et Galli publie un article sur la question dans une revue sud-américaine. En dehors de ces publications, des articles à caractère didactique ont paru dans différents traités et journaux.

ETUDE CLINIQUE

Les prodromes font défaut dans la majorité des cas de mégalérythème et l'exanthème constitue le premier symptôme de la maladie, d'ailleurs le seul le plus souvent. Les auteurs signalent pourtant dans de rares cas quelques phénomènes prémonitoires le plus souvent légers. Ainsi on a pu constater un ou deux jours avant l'éruption un petit malaise, une certaine lassitude, parfois une anorexie, une inquiétude, une céphalée légère, plus rarement une somnolence (Siwe). D'autre part on a noté un certain degré de rougeur de gorge très rarement accentuée, un peu de coryza, une légère injection de la conjonctive, surtout de la paupière inférieure, rarement marquée (Pospischill, Ochsenius) et exceptionnellement de la photophobie (Ochsenius). On a observé rarement des nausées et très exceptionnellement des vomissements (Pospischill, Pfaundler, Weber, Siwe Taccone). La température est généralement normale, toutefois un léger mouvement subfébrile a pu être observé. Les températures élevées de 39° et de 40° sont des exceptions (Pospischill Weber).

LES CARACTÈRES GÉNÉRAUX DE L'EXANTHÈME

Nous suivrons la conception de Sepp et de Tobler, vérifiée d'ailleurs par la plupart des observations, et qui, bien qu'un peu schématique, facilite la clarté de l'exposé. Suivant ces auteurs l'exanthème suivrait une évolution, qu'on pourrait diviser en 3 périodes d'importance diagnostique inégale, la durée et l'intensité de chacune d'elles variant d'un cas à l'autre. Les éléments de l'exanthème subissent des métamorphoses à un rythme, qui n'est pas le même pour tous, fait, qui permet une coexistence des formes appartenant à des différentes périodes, et en conséquence à des aspects variés.

1° *Stade maculeux*. — Les macules de dimensions, variant, de celle d'une tête d'épingle à celle d'un grain de mil, apparaissent et s'accroissent rapidement. Elles sont un peu plus colorées au centre plus rouge que la périphérie et pas ou très légèrement surélevées. Ce stade peut être de très courte durée, au point de passer inaperçu, comme cela arrive fréquemment à la face. L'évolution peut s'arrêter là. Ce fait est assez souvent constaté sur certaines parties du corps. Ainsi le tronc p. ex. ne présente généralement que cette forme, de même certaines parties des membres inférieurs. Dans les cas abortifs toute l'éruption peut avoir cet aspect maculeux. Cette forme serait plus particulière aux tout jeunes enfants, où elle constitue-

rait la forme morbillloïde de Pospischill, fait assez discutable sur lequel nous reviendrons.

2° *Stade de confluence.* — Après un temps plus ou moins court variant entre quelques heures et 1 à 2 jours au premier stade succède le second. Les taches confluent de plus en plus et d'autre part de nouvelles macules apparaissent dans les intervalles des premières. Ainsi se constituent des placards uniformes de dimensions variant entre celle de pièces de monnaie et celle d'une paume de main ou davantage encore. Les contours en sont irréguliers. A l'entour de ces placards des macules séparées peuvent s'observer. Toutefois la tendance à la confluence constitue un des principaux caractères du mégalérythème. Les Allemands appellent cette affection « Grossflecken ». Ces aires n'ont pas de coloration fixe semblable à elle même dans tous les cas. Suivant l'intensité du processus elles sont plus ou moins rouges et foncées. Après un temps variable, à l'approche du stade suivant, elles prennent une coloration bleuâtre, livide, violacée, puis grisâtre, gris-argent. Plusieurs auteurs ont insisté sur un caractère de l'éruption à savoir qu'elle peut présenter une richesse de nuances successives, qui se manifestera dans sa plénitude à la période suivante. Pospischill ajoute une espèce d'éclat comparable à celui de la soie. Certaines parties du corps offrent cet aspect de rougeur diffuse plus souvent que les autres; ainsi la face et les avants-bras. Dans les cas intenses ces surfaces peuvent être plus ou moins turgecentes.

L'infiltration jointe à la rougeur peut rappeler dans certains cas l'érysipèle, fait assez souvent noté à la face. Dans d'autres cas c'est l'aspect scarlatiniforme que prendront ces aires confluentes. Un arrêt d'évolution peut se produire aussi à ce stade, mais dans les cas typiques l'évolution se poursuit, du moins sur certaines parties du corps.

3° *Stade d'involution.* — Bientôt un certain nombre de taches, surtout celles où le processus précédent a été intense verra son centre passer par une série de nuances, que les auteurs s'ingénient à décrire. Il deviendrait cyanotique, vineux, ensuite gris-bleu, lilas, rouge-brunâtre entouré d'un fin ourlet rose ou rouge vif. La confluence, la contiguité et l'entrecroisement de ces éléments aboutissent à la formation de figures en guirlandes, en festons, en anneaux et arabesques. L'ensemble constitue dans les cas prononcés une image multicolore, qui a fait dire à Pospischill, que c'était là « le plus joli des exanthèmes ». Cet aspect existe à des degrés divers, du moins dans certaines parties de l'éruption, dans la plupart des cas. Il constitue le tableau le plus caractéristique du mégalérythème. Ces figures sont même pour les auteurs qui admettent les formes « morbilloïde » et « scarlatinoïde » la preuve pour affirmer la relation de leurs cas avec cette maladie. On considère généralement ces images comme des figures de régression. Ces trois stades coexistent le plus souvent chez un même malade. Leur importance est très différente dans les divers cas.

Un certain nombre d'auteurs (Tobler, Herrick, Taccone, Mme Lawton et Smith) a remarqué que la peau gardait pendant un certain temps après le pâlissement de l'exanthème, quelques jours mais aussi quelques semaines une coloration violacée pâle laissant transparaître le réseau veineux. Cet aspect rappelait celui de la « cutis marmorata » (Escherich) ou livedo. Sur un tel fond certaines influences ont parfois pu faire réapparaître l'éruption.

Un caractère essentiel de l'exanthème, sur lequel on ne saurait trop insister au point de vue de diagnostic est son instabilité, sa faculté de diminuer brusquement d'intensité, même de disparaître pour quelques heures ou quelques jours, pour reparaître ensuite dans ses limites antérieures. Plusieurs auteurs rapportent des variations d'intensité de l'éruption qui s'est effectuée sous leurs yeux. L'éruption du mégalérythème est très sensible aux diverses influences, qui l'intensifient et même parfois la font reparaître, si elle a déjà pâli. Ainsi agissent la chaleur du lit (Mousous, Taccone). Cœrper a vu l'éruption le plus nettement le matin, après le réveil. Hoffmann et Dressen signalent, qu'après la disparition de l'éruption on a pu la faire revenir dans certains cas au visage dans ses limites antérieures pendant 10 à 12 jours, par l'arrivée du dehors dans une chambre chauffée, ou par un frôlement de la région. D'après une communica-

tion orale de M. Cambessèdes un enfant a pu faire réapparaître l'exanthème à l'avant-bras en le plongeant dans l'eau chaude. A rapprocher de ces faits est une observation de Herrick où l'éruption a été ramenée tard après la disparition par le soleil et les chaleurs. Le refroidissement et l'exposition à la lumière agissent de même, Tobler signale des cas où l'exanthème revenait avec « une vivacité inattendue » par le deshabillage. Le simple fait de découvrir le malade pour quelques instants accentuerait souvent l'exanthème. Cathala et Cambessèdes dans leur observation notent l'influence de l'hypéremie des repas. Dans les 5 cas rapportés par ces auteurs il s'agissait des propres enfants de l'un d'eux et celui-ci a pu noter ce fait si spécial de la reviviscence de l'éruption sous les influences les plus diverses. Cet effet est produit aussi par l'excitation psychique (Stratmann) et pleurs (Taccone). Une disparition instantanée a été notée par Taccone à la suite de lipothymies.

L'éruption n'est pas suivie de desquamation dans la presque totalité des cas. Ça et là on rencontre une observation rapportant une desquamation insignifiante aux parties les plus atteintes et jamais aux plantes ni aux paumes. Une desquamation plus abondante a été tout à fait exceptionnellement constatée (Brusa, Siwe, Petren, Mayzner, Katz). De même la pigmentation fait défaut presque toujours. Une vague couleur brunnâtre a été exceptionnellement notée après l'éruption (Katz).

LOCALISATION

C'est à la face que débute l'exanthème dans la presque totalité des cas, caractère qui a une très grande valeur diagnostique. Il apparaît sur les joues de petites macules roses ou rouges croissant rapidement pour former en quelques heures des taches de la grandeur de pièces de monnaie diverses. Le plus souvent la confluence s'accroît pour former une rougeur diffuse, souvent intense, des joues nettement limitée au niveau du pli nasolabial et des paupières inférieures, moins bien arrêtée du côté des tempes et des oreilles. Souvent l'exanthème se prolonge vers la région sans maxillaire. (Tobler, Ochsenius, Lawson et Smith) et peut même envoyer des prolongements vers le cou. Les bords de cet érythème sont souvent surélevés (Tschauer dans 2/3 des cas) et festonnés ou sinueux (Pospischill, Moussous, Rovere, Finkelstein). Le pourtour de la bouche, la partie cartilagineuse du nez et le menton forment un triangle pâle, indemne, comme dans la scarlatine. Le dos du nez osseux présente souvent quelques taches qui relient l'érythème des deux joues de façon à former une image en papillon (Berberich). De même que le menton, le front et généralement indemne, ou ils présentent quelques vagues macules, et très rarement une rougeur diffuse. Le cuir chevelu est intact. Un examen attentif pourrait faire découvrir sur le pourtour du « papillon », assez souvent des macules séparées. La peau est plus ou moins infiltrée, tur-

gescente, surélevée au niveau de l'exanthème, de consistance pâteuse « erythémato-œdémateuse (Radaeli) et chaude de façon à faire penser, dans les cas accentués à l'érysipèle (Tschamer Hoffmann). Fleischer compare cet aspect à celui qui résulte d'une paire de gifles et Mme Lawton et Smith le décrivent comme « fiery red », rouge feu. Quelques cas exceptionnels, d'œdème important de la face ou paupières ont été vus (Tobler, Ochsenius, Taccone). A un degré peu intense cet érythème peut être pris par l'entourage pour une mine florissante (Escherich). Les expansions vers le cou, l'existence des macules en dehors du « papillon », son infiltration et limites festonnées doivent faire écarter une telle supposition. Comme ailleurs, la teinte peut devenir foncée, cyanotique pour pâlir dans la suite. Une transformation de cette rougeur uniforme en des figures marginées peut s'observer (Hoshi, Taccone, Lawton et Smith, mais plus souvent c'est un pâlissement global qu'on observe. Dans certains cas abortifs l'exanthème peut ne se manifester qu'à la face (Ochsenius, Taccone). Sa durée au visage est généralement de 1 à 4 jours, mais il peut durer plus longtemps p. ex. 6 jours (Dressen) et dans certains cas il peut même être le plus durable de toutes les localisations (Berberich).

D'autre part l'exanthème de la face peut ne persister que peu d'heures, de façon à passer inaperçu et en cas de réapparition, de faire croire à un érythème tardif de la face. En règle générale la rougeur du visage constitue le phénomène le plus précoce et le plus

constant de l'affection, (Escherich). Il ne manque qu'exceptionnellement (Coerper).

Dans bien des cas, quelques heures après l'exanthème de la face, ou même simultanément mais le plus souvent 1 à 4 jours après, l'exanthème apparaît aux membres supérieurs. Le mégalerythème manifeste une prédilection pour la face d'extension de l'avant-bras et du bras. C'est ici que très souvent se trouve l'expression la plus nette et la plus achevée de l'éruption. Comme ailleurs, de petites macules apparaissent et grandissent, mais elles restent séparées ici plus longtemps qu'à la face. La confluence est pourtant fréquente pour aboutir à la formation de grosses taches. Leur coloration, confluence, infiltration et turgescence peuvent varier. Dans certains cas intenses c'est encore l'érysipèle qu'elles peuvent rappeler (Dressen). L'exanthème débute le plus souvent sur la face d'extension, surtout dans la région du coude, d'où il s'étend en bas vers le poignet et haut vers l'épaule. Après avoir achevé son évolution à la face d'extension, l'éruption contourne le bord radial de l'avant-bras et se repand, bien que plus discrètement, sur la face interne de celui-ci. Le pli du coude est ordinairement intact. Le dos de la main n'est atteint que rarement, surtout dans les cas intenses (Herrick) et il l'est alors très légèrement. La paume n'est jamais touchée à part quelques exceptions (Sepp, Hoshi, Majzner). Les épaules montrent assez souvent une éruption maculo-papuleuse plus ou moins confluyente. Peu après l'apparition aux membres supérieures, ou mê-

me simultanément, l'exanthème se montre aux fesses, où il prend, souvent un caractère légèrement papuleux. Les cuisses, surtout leur face antero-externe sont prises en même temps ou dans les jours suivants. Les caractères de l'éruption sont dans les grandes lignes les mêmes qu'aux membres supérieures. Plus tard les jambes sont atteintes aussi surtout à leur face antero-externe. Le mollet est moins souvent pris et présenterait alors une éruption fréquemment morbilliforme (Weber).

Le dos du pied n'est que rarement le siège d'une éruption discrète et tardive et la plante l'est tout à fait exceptionnellement (Sepp). Le tronc semble n'être atteint qu'assez rarement. Exceptionnellement d'une façon diffuse, il présente le plus souvent une éruption d'éléments morbilliformes généralement tardive. Certains auteurs ont vu son atteinte plus fréquemment (Tobler Coerper). Les figures circinées y ont été aussi observées (Hoffmann). Il semble qu'une distinction devrait être établie entre la poitrine assez souvent touchée et l'abdomen qui le serait plus rarement. En résumé on peut admettre que l'exanthème des avant-bras est presque aussi constant que celui de la face, les autres localisations l'étant moins.

FORMES ATYPIQUES

L'évolution de l'exanthème peut s'arrêter dans certains cas au stade de confluence, qui peut-être singu-

lièrement accentué de façon à simuler avec plus ou moins d'exactitude une éruption scarlatineuse. Pospischill a décrit une forme spéciale du mégalérythème le « scarlatinoïd » qui comprendrait ces cas, mais avec en plus l'angine et la fièvre. A rapprocher de ces faits sont les cas de Trammer et un cas de Glanzmann. Les observations des formes très confluentes ont été rapportées par Berberich, Tobler, Finkelstein, Taccone et Majzner le plus souvent sans angine ni fièvre et le diagnostic a pu être quelquefois hésitant. Dans certains de ces cas l'apparition des figures circinées d'invololution tranchait le problème. Nous reviendrons sur cette question à propos du diagnostic différentiel avec la scarlatine.

Dans d'autres cas l'éruption peut ne même pas dépasser le premier stade morbilliforme de façon à ce que cet aspect constitue toute l'éruption. Ce sont d'abord les cas frustes et les cas abortifs, qui existent ici (Sticker, Naegeli, Taccone) comme dans toute maladie, qui présentent un tel tableau. Pospischill a décrit sous le nom de « morbilloïd » une éruption maculeuse simulant assez exactement la rougeole, d'autant plus que cet auteur a relevé dans ces cas la présence des phénomènes catarrhaux, de toux et de fièvre. Pourtant Pospischill affirme la relation de ces cas avec le mégalérythème par l'observation qu'il aurait faite des cas de passage. Il cite des observations où les enfants d'une famille, n'ayant pas eu antérieurement de rougeole, restèrent indemnes, malgré

le contact avec un enfant atteint de « morbilloïd ». Le koplik était absent et l'auteur exclut la rubéole. Pospisichill affirme que son « morbilloïd » était la forme du mégalérythème, particulière aux petits enfants. Leiner a remarqué que ces faits rappelaient une maladie non encore décrite à l'époque : l'exanthema subitum. Dans un travail consacré à cette affection, Glanzmann dit que Pospichill a eu devant lui, dans les cas appelés « morbilloïd », vraisemblablement des cas d'exanthema subitum. Cela est d'autant plus possible que le début par la face manquait dans ces cas et la durée de l'exanthème était d'environ deux jours, comme dans l'exanthème subitum, Tobber confirme la tendance des tout jeunes enfants à présenter une forme maculeuse. Finkelstein a observé une épidémie de mégalérythème chez 12 enfants entre 45 et 56 semaines. Contrairement au « morbilloïd » l'allure générale a été ici assez typique, bien que l'éruption ait été morbilliforme en dehors de la face. Taccone, tout en admettant l'existence de tels tableaux conteste leur fréquence chez des jeunes enfants. Ainsi, sur 19 cas au dessous de 3 ans l'éruption morbilliforme a été vue une fois, où d'ailleurs les figures circinées apparurent à la fin. Majzner, dont les observations portent principalement sur des enfants au dessous de 3 ans, signale la prédominance de l'éruption morbilliforme. Le début et l'évolution de la maladie ont été pourtant assez caractéristiques.

L'éruption maculeuse existe à un certain moment

et sur certaines parties du corps dans beaucoup de cas, ce qui n'enlève rien à l'aspect caractéristique du mégalérythème.

SYMPTÔMES ACCESSOIRES

L'éruption est le plus souvent le seul symptôme de la maladie. La plupart des cas de mégalérythème évolue sans fièvre. On note parfois une élévation de la température, légère le plus souvent, $37,5^{\circ}$ à 38° ne durant que 1 à 3 jours, ou même quelques heures. Certains auteurs ont pourtant observé assez souvent des cas fébriles (Pöspischill Scheltema, Mme Pinelli). Siwe insiste sur le fait que dans ses cas l'exanthème a été précédé de peu, ou accompagné, d'une fièvre, qui a atteint une fois $39,7^{\circ}$, mais il ajoute qu'elle n'était qu'éphémère et a duré parfois quelques heures seulement. Le fait, que ces sujets étaient pour la plupart des tuberculeux n'était pas sans doute étranger à cette réaction fébrile. Rolly cité par Siwe aurait observé aussi une fièvre fréquente et éphémère. Le catarrhe des muqueuses ne fait pas partie de la symptomatologie du mégalérythème. Les muqueuses conjonctivales, nasopharyngienne trachéobronchique et buccale sont indemnes dans la plupart des cas. Lorsqu'elles sont atteintes, c'est une légère irritation qu'elles présentent le plus souvent.

La conjonctive peut être légèrement injectée, surtout celle de la paupière inférieure. (Pfaundler To-

bler, Hoffmann et Dressen). Il faut placer à part les observations d'Ochsenius, qui a vu une légère conjonctivité dans 17,6 % de ses cas. Le coryza est signalé dans un petit nombre de cas (Pospischill).

Une légère rougeur de gorge a été observée avec une certaine fréquence. Hoshi l'a vu dans 62 % de ses cas, mais il ne peut pas affirmer sa relation avec le mégalérythème, vu que les autres enfants venant à l'hôpital pour des causes diverses, en présentaient aussi. Quelques rares cas de tuméfaction des amygdales, d'angine érythémateuse ou pultacée, d'ordinaire légère, ont été rapportés par certains auteurs (Tschamer, Pospischill, Heimann, Pfaundler Feer Hoffmann Hoshi Majzner). Les angines intenses sont exceptionnelles et paraissent indépendantes du mégalérythème. Non moins rarement on a observé une douleur de gorge (Escherich, Heimann Cathala et Cambéssèdes). La langue a été saburrale dans quelques cas et jamais framboisée à part des cas douteux de Trammer. Tous les auteurs sont d'accord pour affirmer l'absence constante du signe de Koplik. Nous avons trouvé dans toute la littérature, qui nous a été accessible, quelques cas, où des petites suffusions sanguines puctiformes ont été relevés au palais (Sepp Weber Heisler Siwe). Katz signale une observation curieuse, où une espèce d'enduit pseudo-membraneux a brusquement recouvert le 4^e jour de la maladie toute la muqueuse de la bouche, des lèvres et des piliers. L'examen microscopique a été négatif. C'est le seul cas de ce genre dans la litté-

rature. La trachéobronchite a été rarement signalée, sans qu'on ait pu affirmer sa relation avec le mégalérythème (Pospischill, Pfaundler Tobler, Mme Lawton et Smith).

Ochsenius et Taccone ont signalé 3 cas exceptionnels de lipothymies. Le dermatographisme a été observé par Hoshi, Taccone et Mme Pinelli.

Tous les auteurs admettent que les tuméfactions ganglionnaires ne rentrent pas dans la symptomatologie du mégalérythème. Il est évident qu'on doit tenir compte des tuméfactions ganglionnaires antérieures. Ces adénopathies ont une grande importance pour la distinction de certaines formes de mégalérythème de la rubéole, où les ganglions, surtout ceux de la nuque, sont presque constamment tuméfiés. Certains auteurs ont signalé quelques cas de mégalérythème avec de gros ganglions sous-maxillaires, cervicaux et axillaires (Pospischill, Feer, Dressen), mais leur relation avec la maladie ne peut pas être affirmée (Tobler Hoshi). Naegeli a observé, que dans les cas même où les ganglions axillaires ont été fortement augmentés de volume, ceux de la nuque restèrent normaux. Sepp rapporte sur 18 cas, 13 où les tuméfactions ganglionnaires ont été fréquentes, même à la nuque, malgré le tableau clinique assez typique. Mais ces cas proviennent de Graz, où les enfants étaient porteurs d'adénopathies dans 94 % (Tobnitz). En effet dans les 5 autres cas provenant de Munich, Sepp ne signale point d'adénopathie. Heisler a rapporté une épidémie de 25 cas, où il a été « appe-

lé plusieurs fois » à cause d'une tuméfaction brusque des ganglions de la nuque, des aisselles, etc. 1 à 2 jours avant le début d'une éruption maculo-papuleuse. Nous croyons que ces cas sont en dehors du mégalérythème. Nous avons relevé dans toute la littérature, que nous avons pu consulter, 10 cas où une augmentation de volume de la rate a été constatée (Pospischill, Sepp, Hoshi, Taccone). L'herpès labial a été vu dans quelques cas (Tschamer, Hoshi, Mme Lawton et Smith).

Phénomènes subjectifs.

A part un malaise, céphalée et lassitude légers, on signale quelques cas de prurit, surtout chez des adultes et des enfants nerveux. La démangeaison peut devenir exceptionnellement très intense (Berberich Tobler, Weber, Taccone, Katz). Une sensation de chaleur et de cuisson a été observée au niveau des joues, surtout chez des adultes.

Quelques rares cas de douleurs articulaires, légers le plus souvent, ont été rapportés par Berberich Weber Ochsenius et Hoshi.

DURÉE

La durée de l'exanthème atteint et dépasse généralement une semaine. Dans certains cas il est difficile de préciser le moment où l'exanthème disparaît, car les figures pâlisent progressivement. Certains auteurs ont pu observer pendant des semaines un

fin dessin violacé reproduisant les contours des anciennes efflorescences (Tobler, Herrick, Taccone, Mme Lawton et Smith, Bocchini, Cathalá et Cambessèdes).

Les durées notées par les divers auteurs sont les suivantes :

- Sticker : une semaine.
- Tschamer : 8-9 jours.
- Berberich : 3-5-15 jours.
- Feilchenfeld : 8-14 jours.
- Pospischill : 2-7 jours.
- Escherich : 6-10 jours.
- Plachte : 8-9 jours.
- Fleischer : 6-12 jours.
- Moussous : une douzaine de jours.
- Heimann : 8 jours.
- Rovere : 10-20 jours.
- Pini : 8-10 jours.
- Pfaundler : 8-10 jours.
- Tobler : 6-10 (3-20) jours.
- Weber : 3-8 jours.
- Hoffmann : 6-8 jours.
- Ochsenius : 6-12 jours.
- Radaeli : 6-12 jours.
- Coerper : au moins 7 jours.
- Muggia : 8-20 jours.
- Brusa : 7-10-15 jours.
- Leiner : une semaine.
- Herrick : 11 (3-28) jours.

Finkelstein : 2-10 jours.

Hoshi : 7-13 (3-20 et plus) jours.

Cathala et Cambessèdes : 6-12 jours.

Taccone : 6-18 (1 jour à un mois et davantage).

Siwe, durée de chaque poussée : 1/2-7 jours.

Bernard et Astruc : 13-15 jours.

Zappert : une semaine et davantage.

Mme Lawton et Smith : 6-10 (2-24) jours.

Les durées limites sont placées entre parenthèses.

AGE

Tous les auteurs insistent sur la rareté de l'atteinte des enfants du premier âge. Ce fait serait-il en relation avec la forme particulière, d'après Pospischill, que présenteraient ces enfants? Les nourrissons et les jeunes enfants peuvent être atteints du mégalérythème. Les observations de Frinkelstein, de Taccone qui a vu un cas d'un enfant de 25 jours, et de Majzner entre autres le prouvent. Mais l'âge que tous les auteurs donnent comme étant particulièrement celui de la maladie est l'âge préscolaire et scolaire.

Nous citons quelques exemples de chiffres moyennes :

Pfaundler : 2-8 ans.

Rovere : 4-15 ans.

Tobler : 5-6 ans.

Hoffmann : 6-14 ans.

Radaeli : 4-12 ans.

Herrick : 6-15 ans.

Hoshi : 2-12 , maximum à 8 ans.

Cathala et Cambessèdes : 3-13 ans.

Taccone : 6-8 ans.

Mme Lawton et Smith : 4-12 ans.

Les adultes ne sont qu'exceptionnellement atteints. Les auteurs suivants en ont apporté des exemples : Tschamer, 3 femmes; Berberich, 1 femme; Moussous, 1 femme; Sepp, 1 homme; Tobler, 2 hommes et 1 femme; Weber, 1 femme; Ochsenius, 1 femme, Stralmann, 1 femme; Herrick, 1 femme; Hoshi, 6; Taccone, 1 femme, Lawton et Smith, 3 femmes et 1 homme. Il semble que les phénomènes subjectifs et généraux soient plus accusés chez eux, que chez les enfants. Le prurit a été assez intense (Tobler) une lassitude et céphalée ont été aussi observées.

Le sexe ne semble pas avoir d'importance, bien que certains auteurs aient admis une prédilection du mégalérythème pour le sexe féminin.

CONTAGIOSITÉ

Le caractère contagieux du mégalérythème est admis par la très grande majorité des auteurs. L'intensité de dissémination varie d'une épidémie à l'autre. Elle est en général faible, parfois même très peu manifeste; ce qui fait douter certains auteurs de la contagiosité de la maladie. Tschamer, Escherich et Posposchill ont constaté l'absence des contaminations dans leurs services, après avoir hospitalisé des en-

fants malades sans précautions spéciales. Très souvent la maladie ne s'étend pas dans des familles, au sein desquelles se trouve un cas de mégalérythème. Schmith a émis l'hypothèse qu'il s'agissait peut-être d'autre chose que d'une infection. Leinier doute de la contagiosité. Celle-ci est pourtant prouvée par une multitude d'observations. En étudiant la littérature se rapportant à la question, on constate que presque tous les cas sont groupés dans le temps, les uns à la suite des autres. Il s'agit d'épidémies de familles, de maisons d'hôpitaux, d'écoles, de quartiers. Brusa dit justement, que le fait d'avoir constaté la contamination, même dans un nombre restreint de cas, a plus de poids pour l'affirmation de la contagiosité d'une maladie que les faits négatifs, pour déclarer le contraire. La contagiosité du mégalérythème peut d'ailleurs être parfois assez notable. Ainsi Siwe a vu sur 40 enfants dans les salles, 12 malades c. a. d 30 %, Taccone sur 30 élèves d'une classe observe 14 cas de mégalérythème, Mayzner signale sur 176 enfants d'un établissement 66 c. a d 36 % de cas. Mme Lawton et Smith ont rapporté 18 cas dans une classe de 41 élèves et 45 cas dans une école de 205 enfants. Herrick a noté aussi une contagiosité assez marquée. Certains auteurs signalent des épidémies familiales étendues, ainsi Fleischer, où tous les 9 enfants ont été atteints, de même Cathala et Cambessèdes ont vu 5 enfants sur 7 présenter l'éruption. Sepp a rapporté l'observation d'un assistant qui contracta à l'hôpital la maladie et contamina dans la suite un autre en-

fant, de même 2 assistants et 1 laborantine de Tobler ont été contaminés. On pourrait multiplier les exemples. Des variations de la contagiosité au cours d'une même épidémie ont été observées par Tobler.

En 1928, Taccone a inoculé sous la peau de 5 enfants indemnes et n'ayant pas de contact avec les malades atteints du mégalérythème, le sang veineux prélevé pendant l'exanthème. Une vingtaine d'heures à 3 jours après, un tiers léger érytème s'est montré à la face et aux lieux de prédilection du mégalérythème. Ces manifestations étaient très légères, mais reconnaissables. Le même auteur a transporté dans 4 autres cas le mucus pharyngé des malades dans la gorge des enfants indemnes. Les résultats ont été comparables aux premiers. L'éruption a été reconnaissable pendant plus d'une semaine. Certains voisins de lit des enfants inoculés ont présenté à leur tour l'éruption. Taccone conclut de ses expériences que le virus ségérait dans les mucosités du nasopharynx, qui serait la voie ordinaire de contamination. D'autre part la maladie serait contagieuse à la période exanthématique.

En 1929, Majzner a inoculé 0,5-1 cc. de sang sous la peau de 4 enfants (Taccone employait 6 cc.). Aucun résultat n'a été observé.

Les cultures du sang et du mucus dans les milieux les plus variés ont été négatifs. Hoshi a inoculé un singe par la voie intra-veineuse avec du sang d'un sujet atteint du mégalérythème, sans observer des

troubles. Majzner a inoculé le sang des malades par voie intrapéritonéale et souscutanée aux animaux de laboratoire, sans altérations en conséquence. Mme Lawton et Smith ont injecté le produit de lavage du nasopharynx avec de l'eau physiologique, dans le péritoine et les testicules d'un lapin et fait des scarifications de la cornée sans succès.

INCUBATION

Les délais d'incubation que donnent les auteurs oscillent entre 6 et 14 jours, nous en citons quelques exemples :

Tschamer : 8-14 jours.

Fleischer : 6-14 jours.

Moussous : 8-10 jours.

Sepp : 17 jours.

Tobler : 7-14 jours.

Hoffmann : 7-14 jours.

Ochsenius : 7-14 jours.

Muggia : 4-14 jours.

Hannemann : 7-14 jours.

Herrick : 4-14 jours.

Hoshi : 11-14 jours.

Taccone : 4-15 jours.

Siwe : 6-14 jours.

Zappert : 5-8 jours.

Mme Pinelli : 4-12 jours.

Le délai minimum d'incubation dans les recherches

expérimentales de Taccone a été inférieur à 24 h. Cet auteur explique dans une certaine mesure le grand écart entre cette donnée et les chiffres généralement admis, par la difficulté, qu'il y a, de préciser le moment exact de contamination. Taccone insiste sur la possibilité d'un début léger, fugace passant inaperçu et sur l'existence de cas à manifestations légères et non observés, qui devraient s'intercaler entre les divers échelons pris comme base d'appréciation. Les distances entre certains cas familiaux sont parfois celles d'un jour ou de quelques heures, ce qui fait admettre la simultanéité de la contamination. D'autre part la marche de la maladie a pu être accélérée par la transmission artificielle (Taccone).

On peut donc être tenté de considérer l'incubation comme plus courte que celle qui est généralement admise. Cette hypothèse est corroborée par un certain nombre d'observations. Ainsi Berberich note les distances de 1, 2, 4 jours et même de quelques heures, entre les débuts de certains cas familiaux. Chez Sepp on trouve 2 jours dans un cas et Dressen donne 4 pour un autre. Hoshi a vu l'incubation se réduire parfois à 1 à 4 jours. Finkelstein a observé des cas se succédant à 2-3 jours d'intervalle. Herrick donne 4 jours pour certains cas. Ce chiffre peut se retrouver chez Rovere Radaeli et Bernard et Astruc. Les 5 cas de Cathala et Cambessèdes se sont suivis à 4, 3, 2, 1 et 2 jours de distance; Kissinger relate que 8 enfants sont tombés successivement malades en une semaine et Fleischer signale que 9 enfants d'une famille ont été atteints en 8-14 jours.

IMMUNITÉ

Tous les auteurs tendent à admettre l'existence d'une immunité spécifique conférée par une première atteinte de mégalérythème, mais les preuves de ce fait n'ont pas été fournies d'une façon péremptoire. En effet pour pouvoir affirmer qu'une maladie confère l'immunité, il faudrait observer les contacts des sujets supposés immunisés, avec les malades, ce qui est peu fréquent dans ce cas de mégalérythème, en raison de la rareté de la maladie. Il existe pourtant des observations permettant de conclure à l'existence d'une immunité, pour le moins temporaire. Ainsi Taccone a pu constater que les enfants ayant déjà subi une atteinte du mégalérythème, restèrent indemnes malgré le contact continu pendant 3 mois avec les enfants malades. De même les malades de cet auteur atteints en 1926 restèrent épargnés en 1927. Herrick aussi a constaté que ses malades de l'année 1924 n'ont pas été atteints pendant l'épidémie de 1925. D'autre part un certain nombre de réapparitions a été signalé. De rares cas de récurrence s'observent d'ailleurs dans les maladies à immunité forte et durable (rougeole, scarlatine). Donc la constatation de temps en temps d'une récurrence ne devrait pas exclure l'existence d'une immunité. Une récurrence suppose une nouvelle infection chez un sujet l'ayant subie antérieurement. En effet s'il survient une réapparition des phénomènes morbides sans réinfection, il s'agit d'une rechute. Nous pensons que la plupart de cas signalés comme des réci-

dives du mégalérythème étaient en réalité des rechutes. On ne doit pas perdre de vue, qu'un caractère important de cette maladie est une grande variabilité de l'éruption et ces alternatives de disparition et de réapparition à des intervalles de quelques heures, quelques jours et davantage. On ne doit pas envisager comme des récidives ces faits fréquemment observés. Un certain nombre de cas a été rapporté, où une nouvelle poussée a eu lieu après un temps plus long. Tobler observe une récidive après 16 jours, Ochsenius après trois semaines, Siwe a vu dans 4 cas, 3 à 4 récidives avec des intervalles de 4 à 27 jours. Herrick signale un cas de « récidive brillante » après 1 mois et Taccone après 2 mois. Hoshi signale un cas de réinfection sur lequel nous n'avons pas pu avoir des détails, ainsi que dans un cas de récidive mentionné par Severin.

C'est Majzner qui a observé un nombre important de récidives. Sur 66 cas il en a vu 14. Toutes ont eu lieu 2 à 3 mois après la première atteinte sauf 2, où les intervalles ont été respectivement de 12 et 14 mois. (L'auteur ne faisant pas de distinction entre ces cas et les autres, il est possible qu'il s'agisse là d'une faute d'impression). Tous ces cas sont apparus au cours d'une épidémie de grippe. Ce sont les enfants ayant subi le mégalérythème, qui ont présenté une éruption à l'exception des autres grippés. A rapprocher de ces observations sont celles de Taccone, qui a constaté que les maladies fébriles intercurrentes pouvaient intensifier l'exanthème en voie de dispari-

tion et même de le faire réapparaître après celle-ci. Ces faits ont été vus dans 5 cas de grippe intercurrente et dans un cas d'angine avec néphrite hémorragique survenu un mois après le mégalérythème. Ce phénomène serait dû à une labilité et faiblesse des capillaires confirmée par l'histologie (Hoffmann Taccone).

SAISON

Certains auteurs ont voulu voir une prédilection du mégalérythème pour le printemps et l'été. En réalité la maladie a été observée à toutes les saisons. Voici quelques exemples :

Sticker : octobre.

Tschamer : mars, jusqu'à juillet.

Berberich : printemps jusqu'à l'été.

Tobler : de novembre jusqu'à mars.

Hoshi : de décembre jusqu'à juillet.

Mme Lawton et Smith : de novembre jusqu'à février.

SANG

L'image hématologique du mégalérythème, sans pathognomonique présente certains caractères très importants pour le diagnostic. Les données trouvées par les auteurs ne sont pourtant pas toujours concordantes. Feer a constaté pendant les 2 premiers jours de la maladie souvent une leucopénie nette par baisse des polynucléaires et toujours une lymphocytose relative. Weber conclut à une leucopénie parfois

intense, une éosinophilie et une légère lymphocytose, due à la baisse des neutrophiles et à l'augmentation des lymphocytes. Scheltema a noté dans 6 cas une légère leucopénie, une éosinophilie et une lymphocytose. Hoffmann et Dressen n'ont pas constaté de leucopénie, mais une lymphocytose et éosinophilie. Naegeli a noté en 1916 plusieurs fois une leucopénie, mais le nombre de globules blancs a été modérément augmenté dans d'autres cas. Il existait aussi une éosinophilie, les plasmazellen n'ont jamais été constatées même dans les cas avec adénopathies importantes. Dans son traité (édition 1931) cet auteur arrive à des conclusions suivantes : Dans les 2 premiers jours les globules blancs sont en nombre normal ou légèrement diminué. Les éosinophiles ne manquent jamais et sont souvent nombreux. Plus tard, il y a augmentation des leucocytes, qui atteignent 10.000-14.000. Les éosinophiles montent aussi après le 2^e jour pour atteindre le 5-8 jour 10 % à 12 %. Les lymphocytes sont un peu augmentés de nombre. Jatsuka et Kataoka cités par Mme Hermelin ont trouvé une leucopénie. Stooss cité par Rietschel a constaté une éosinophilie. Les globules blancs ont été en nombre normal ou abaissé les 2 premiers jours, puis augmentent. Dans une épidémie à Bologne Brusa a suivi la formule leucocytaire dans 11 cas. Ses conclusions sont les suivantes: Une augmentation du taux des éosinophiles plus ou moins notable, parfois assez forte (18,5 % dans un cas) a été constatée. Le maximum a été vu entre le 3^e et le 8^e jour. Sa durée est variable, mais ne

dépassant pas le 10^e jour. Simultanément a été observée une augmentation modérée du taux des neutrophiles, parfois aussi transitoire que celle des éosinophiles. On n'a pas constaté d'augmentation du taux des lymphocytes. Une telle augmentation observée pendant les périodes tardives, par rapport au chiffre des premiers jours est relative et est due à la baisse des neutrophiles.

Stratmann a trouvé chez une adulte à 4 reprises une leucopénie nette (3.400 gl. bl. une fois) et une éosinophilie, qui a atteint à un moment 22 %. Herrick a examiné 7 cas sans avoir noté rien de particulier. Glanzmann a examiné le sang de 25 cas et a noté un chiffre de gl. bl. normal ou diminué. Les neutrophiles étaient un peu au-dessous de la normale, les lymphocytes légèrement accrus et les éosinophiles augmentés de nombre. Hoshi a examiné 59 cas. Ses résultats sont : une leucopénie par baisse marquée de neutrophiles, une lymphocytose relative et une éosinophilie. Finkelstein a trouvé pendant toute la durée de l'éruption une leucopénie (ayant atteint une fois 2860). Tacccone a examiné en 1926 6 cas. Une leucopénie avec lymphocytose relative ont été présentes dans quelques-uns. En 1928 34 cas ont été examinés par le même auteur. Une leucopénie a été souvent notée les premiers jours de la maladie. Plus tard les gl. bl. ont été en nombre normal ou modérément augmenté. Une lymphocytose a été fréquente pendant l'éruption. De même une éosinophilie, quelquefois marquée. Cathala et Cambessedes ont trouvé une mononucléose et

éosinophilie (5%-10 %). Bocchini n'a pas vu d'altérations de la formule et Siwe a noté une éosinophilie modérée. Zappert a signalé une légère leucocytose et éosinophilie. Mme Hermelin a examiné 37 cas. L'image sanguin n'était pas absolument uniforme, mais une leucopénie avec lymphocytose le plus souvent relative a été constatée. Mme Lawton et Smith ont examiné le sang de 35 malades. Ils concluent à l'absence de leucocytose, à une tendance à l'éosinophilie et à une lymphocytose relative.

Dans son ensemble le tableau hématologique du mégalérythème est assez caractéristique. On peut admettre quelques faits négatifs importants pour le diagnostic différentiel. Ainsi il semble bien, qu'une leucocytose précoce, marquée ou intense, ne soit pas le fait du mégalérythème.

Le chiffre de 27.000 gl. bl. d'un cas de Sepp cité par quelques auteurs, s'explique, par le fait que le malade a été atteint d'une pneumonie 3 semaines avant la numération d'une pneumonie. Ainsi le mégalérythème se distingue de la scarlatine, où une leucocytose nette est constatée dès le début, portant surtout sur les neutrophiles. De même la lymphopénie constatée pendant l'exanthème de la scarlatine, contraste avec la lymphocyte fréquemment constatée dans le mégalérythème. Par contre dans les 2 cas, l'éosinophilie existe.

Un autre caractère est l'absence, ou l'extrême rareté dans le mégalérythème des plasmazellen sur laquelle Nægeli a surtout insisté. Les chiffres les plus élevés trouvés par cet auteur ont été 1 %-1 1/2 %, sauf dans

un cas où ce taux a été de 5,1 %. Dans ce cas les plasmazellen auraient été augmentées de nombre déjà avant la maladie. Ces données sont confirmées par d'autres auteurs (Brusa).

Une des applications de ce fait, constitue le diagnostic hématologique avec la rubéole, que Naegeli déclare « faisable en jouant ». Dans cette dernière, le taux des plasmazellen est constamment élevé, atteignant son maximum le 4^e et le 5^e jour.

Les valeurs le plus souvent trouvées varient entre 5 % et 10 %. Naegeli a vu un cas où ce taux a été de 34 %.

Si certains auteurs n'ont pas constaté de lymphocytose dans le mégalérythème, aucun n'a signalé de lymphopénie, autre point pouvant servir pour le diagnostic différentiel avec la rougeole. Dans celle-ci on note pendant l'éruption une lymphopénie absolue, une disparition des éosinophies surtout pendant les 2 premiers jours de l'éruption et une leucopénie (Naegeli, Legriffoul cité par Teissier, Mme Hermelin).

Urines. — La plupart des auteurs n'a rien trouvé d'anormal dans les urines. Quelques-uns ont noté parfois une augmentation du taux des phosphates (Gumpowicz Taccone). La présence d'indican a été signalée dans certains cas (Pfaundler Heisler, Hoshi dans 55,6 %).

Certains auteurs ont pu observer l'influence du mégalérythème sur les réactions de la peau à la tuber-

culine. Ainsi Coerper a noté que la cutiréaction a été négative chez 11 enfants.

Brusa a vu la réaction 4 fois négative chez des enfants indemnes de tuberculose et une fois positive chez un enfant à antécédents tuberculeux. Taccone admet, que la cutiréaction n'est pas influencée par le mégalérythème. Siwe par contre déclare que celui-ci exagère la sensibilité de la peau à la tuberculine et rapporte deux cas où la réaction de Mantoux négative avant l'exanthème, a été très vive après. Majzner n'a pas observé de modification de la cutiréaction du fait du mégalérythème. De même la marche de la vaccination a été normale (Majzner) contrairement à la rougeole.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

E. Hoffmann a pu pratiquer dans 2 cas une biopsie en plein exanthème. Voici le résumé de sa description rapportée d'autre part par son élève Dressen : L'épiderme n'est pas altéré à part un léger œdème dans le corps muqueux de Malpighi. La partie supérieure du derme et les papilles montrent un très léger œdème. On y trouve de nombreuses cellules migratrices. Les altérations principales atteignent les vaisseaux, notamment ceux des papilles et du réseau sous-papillaire, surtout les petites veinules et les capillaires. Ils présentent une tuméfaction endothéliale, un épaississement des parois et une assez forte infiltration péri-vasculaire composée principalement de cellules

rondes mononucléées, tandis que les polynucléaires sont moins nombreux. Il n'y a pas d'augmentation des éosinophiles. Les infiltrats périvasculaires arrivent par trainées jusqu'aux muscles redresseurs des poils et dans le voisinage des glandes sudoripares et des follicules.

Taccone a examiné microscopiquement 6 cas. Le résumé de ses résultats est le suivant : 1^e cas, la biopsie a été faite pendant un exanthème intense, le 8^e jour. C'est surtout un œdème assez marqué dans la partie supérieure du chorion et des nombreux infiltrats, presque toujours en rapport avec les vaisseaux et les glandes sudoripares et sébacées, qui ont été notés. Les noyaux de l'endothélium vasculaire ont été condensés. Les infiltrats se composaient de cellules ressemblant à de petits lymphocytes avec les éosinophiles à la périphérie.

2^e cas. La biopsie a été faite le 7^e jour d'un exanthème discret. On a noté un œdème du corps papillaire et un processus prolifératif au niveau des parois capillaires. Pas d'infiltrats périvasculaires ni périglandulaires. Les 4 autres observations se rapportent à des cas expérimentaux. Les biopsies ont été faites une douzaine de jours après le début, pendant un exanthème à peine visible. On a observé un œdème des papilles et un processus prolifératif de l'endothélium capillaire.

Capillaroscopie. — Les données capillaroscopiques sont dues à Taccone. 21 cas ont été observés. L'examen

des zones touchées montre surtout une atteinte des vaisseaux sous papillaires. Le tableau est variable, allant de celui d'une dilatation des capillaires à l'œdème de la zone sous papillaire.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Scarlatine. — Le diagnostic entre les cas typiques de mégalérythème et la scarlatine est le plus souvent facile. Dans le cas de scarlatine, le début violent avec fièvre élevée, tachycardie, vomissements, troubles digestifs fréquents, l'énanthème et le cycle lingual caractéristique, l'angine et enfin l'éruption constituée par un fin pointillé de petites papules rouges sur fond plus clair débutant au thorax ou à l'abdomen, prédominant aux plis articulaires, atteignant très rarement la face, avec souvent une turgescence caractéristique des follicules et la desquamation constante, feront faire le diagnostic.

Dans le mégalérythème l'exanthème constitue très souvent le seul symptôme. Le début constant par la face, les localisations particulières, surtout celle à la face d'extension des avant-bras, l'abdomen n'étant que rarement et discrètement atteint et les plis articulaires ordinairement respectés la fugacité et l'aspect de l'éruption non suivie de desquamation, sont autant de symptômes différents de ceux de la scarlatine. Le mégalérythème évolue dans la grande majorité de cas sans participation des muqueuses.

Dans quelques cas une confluence intense des taches sur certaines parties du corps peut rappeler l'éruption scarlatineuse, mais il suffira d'examiner l'ensemble de l'exanthème pour découvrir les autres aspects caractéristiques. Dans certaines scarlatines à côté d'une éruption ordinaire il peut avoir lieu une éruption morbilliforme, ce qui crée un certain polymorphisme pouvant induire en erreur. Mais ces cas de « scarlatina variegata » sont l'apanage des formes graves. Dans d'autres cas l'éruption du mégalérythème peut devenir rapidement confluyente dans toute son extension, au point de faire hésiter le diagnostic jusqu'à l'apparition des figures circinées (Berberich, Tobler, Finkelstein, Majzner).

L'éruption peut finalement, dans les cas plus rares, rester confluyente avec un aspect scarlatiniforme, pendant toute sa durée. Dans ces cas on pourra s'appuyer sur le début par la face, la localisation, la marche générale, l'état des muqueuses buccale et pharyngée, l'absence de fièvre et de desquamation et finalement sur la notion d'épidémie. Mais certains tableaux morbides rares peuvent présenter à part une éruption scarlatiniforme dans toute son étendue et durée, une angine avec fièvre et autres phénomènes généraux. De tels faits ont été décrits par Pospischill sous le nom de « scarlatinoïd ». Glanzmann a rapporté un cas semblable. Il faut rapprocher de ces cas les observations de Trammer qui sont analogues à celles qu'on a décrit sous le nom de « quatrième maladie ». Il semble bien que certains de ces cas soient en réalité

des scarlatines frustes, et d'autres des rubéoles à éruption sur fond hyperémié. Il est possible que d'autres enfin soient des cas de mégalérythème.

Rubéole.

Cette affection a comme points communs avec le mégalérythème sa bénignité et la rareté et le peu d'importance des phénomènes généraux. Les cas nets, typiques de mégalérythème, qui constituent le gros des observations publiées sur ce sujet, sont facilement séparables de la rubéole. Celle-ci débute, précédée par de légers prodromes ou sans eux, par une éruption apparaissant sur le front, joues, nez et menton, contrairement au mégalérythème, dont la rougeur diffuse de la face épargne le triangle circumoral. Les éléments de la rubéole sont régulièrement arrondis ou ovales, de dimensions variant entre celle d'un grain de mil et celle d'une lentille, rarement davantage, laissant entre eux des intervalles de peau saine. L'éruption, et cela est une de ses caractéristiques, s'étend rapidement dans l'espace d'une demi-journée ou un jour, à tout le corps, notamment au tronc où elle paraît précocement et nettement, ce qui est beaucoup moins souvent le cas dans le mégalérythème. Les éléments de la rubéole ne dureraient que 24 h. (Rietschel). La durée totale de l'éruption est de 2-3 jours, donc différente de celle du mégalérythème qui dépasse une semaine. Un signe de la plus haute importance pour le diagnostic est la quasi constance de

la polydénopathie dans la rubéole. On y constate couramment une tuméfaction plus ou moins accentuée des ganglions cervicaux, sous maxillaires, sus-épitrochléens, inguinaux et surtout des ganglions sous occipitaux et mastoïdiens. Leur atteinte n'est jamais constatée dans le mégalérythème, à moins qu'elle ait été antérieure, ou qu'une cause locale (pédiculose, Dressen) en ait fourni l'explication. Ce gonflement ganglionnaire peut précéder de quelques jours l'apparition de l'éruption, qu'il peut d'autre part survivre pendant plusieurs semaines. Dans les cas d'adénopathie préexistante, une augmentation de celle-ci du fait de la rubéole peut être perçue (Teissier). Rien de tel a été constaté dans le mégalérythème, où ces tuméfactions ganglionnaires siégeaient au cou, ou dans la région sous-maxillaire et dont la relation avec l'affection n'a pas été manifeste. On constate au cours de la rubéole souvent une augmentation de volume de la rate, contrairement à des cas rarissimes observés au cours du mégalérythème et indépendants de lui. Le tableau hématologique de la rubéole est des plus typiques. L'extraordinaire réaction de l'appareil lymphatique a fait émettre à Glanzmann (cité par Rietschel) une hypothèse considérant la rubéole comme une maladie infectieuse primitive du système lymphatique, complètement différente de la rougeole. Sans doute on pourrait hésiter sur le diagnostic dans les cas rares de mégalérythème abortif ou fruste s'arrêtant au stade maculeux. D'autre part la peau entre les efflorescences de la rubéole peut devenir uniformé-

ment hyperémiee et un aspect scarlatiniforme peut en résulter. Le diagnostic avec la forme confluyente du mégalérythème peut alors se poser. Dans ces cas le début, la marche, les localisations, les adénopathies et la durée de l'affection pourront faire la lumière. L'hématologie finalement pourra trancher les doutes.

Rougeole. — Le diagnostic différentiel du mégalérythème avec la rougeole ordinaire ne présente pas de difficultés. Le stade prodromique de la rougeole, les catarrhes des muqueuses contrastent avec leur absence ou leur degré minime dans le mégalérythème, où le signe de Koplik n'a jamais été constaté. L'éruption morbillieuse diffère totalement de celle du mégalérythème. Elle est précédée et accompagnée par la fièvre et débute sous les oreilles couvrant bientôt les joues, le front, le nez et le pourtour de la bouche. Au contraire la rougeur diffuse de la face dans le mégalérythème épargne le triangle circumoral. L'éruption de la rougeole descend ensuite sur le tronc où elle est nette et souvent abondante. Ses éléments, les macules rouge-pâle à contours irréguliers, de la grandeur d'une lentille sont séparés les uns des autres. Plus rarement ces efflorescences confluent en formant des taches plus grandes mais toujours séparées par les intervalles de peau saine et qui ne rappellent pas les aires érythémateuses du mégalérythème. On ne note pas dans la rougeole ces alternatives de l'éruption du mégalérythème et le pâlissement se fait dans l'ordre de l'apparition : de haut en bas. Pourtant dans cer-

tains cas le diagnostic entre ces deux affections peut être difficile. Le « morbilloïd » de Pospischill était accompagné quelquefois d'un cortège symptomatique rappelant celui de la rougeole, sauf le Koplik. Les cas des autres auteurs (Tobler, Finkelstein, Majzner) où l'éruption morbilliforme existait, étaient plus typiques par leur début caractéristique, les localisations et l'absence des catarrhes et de fièvre. Entre de rares cas de rougeole sans catarrhe ni fièvre ni Koplik et le mégalérythème entièrement maculo-papuleux, non moins rare la confusion serait possible.

L'hématologie ainsi que la notion d'épidémie pourront aider dans ces cas.

Erythème polymorphe. — Escherich, un des premiers observateurs du mégalérythème dans sa clinique à Graz, a affirmé en 1909, que cette affection n'était en réalité qu'une forme de l'érythème multiforme exudatif de Hebra, un peu particulière en raison de l'âge des sujets. Il s'appuyait, en dehors de la morphologie de l'éruption sur la prétendue absence de contagiosité dans ces 2 affections. Les autres auteurs, tout en distinguant les 2 maladies ont remarqué leur ressemblance.

Ces faits montrent à quel point le mégalérythème peut rappeler la forme érythémato-papuleuse de l'érythème polymorphe. Cette affection débute par des macules rouge-pâle de la grandeur d'une lentille, qui s'accroissent et deviennent rapidement des papules, dont le centre s'aplatit et devient cyanotique, tandis que

le bord reste rouge de façon à former des cocardes et des cercles qui aboutissent par confluence et contiguïté à la formation de figures circonécées comparables à celles qui caractérisent le stade d'involution du mégalérythème. Il y a donc ressemblance incontestable des deux affections. Pourtant un examen plus poussé de la question montre bien, qu'il s'agit en réalité de deux maladies différentes. L'érythème polymorphe débute presque toujours sur le dos des mains et des pieds, d'où il peut s'étendre à la face d'extension des avants-bras et des jambes, plus rarement aux faces latérales du cou à la poitrine et exceptionnellement au front, aux joues et aux lèvres. Le mégalérythème par contre, débute constamment à la face d'une façon particulière et n'atteint souvent pas le dos des mains, ou tardivement et discrètement. Les éléments de l'érythème polymorphe deviennent rapidement des papules nettement surélevées, fermes, infiltrées, contrairement au mégalérythème, où les macules sont très peu ou pas surélevées et persistent sous cette forme par places, ou confluent ensuite en de larges taches érythémateuses. Cette tendance particulière à la confluence fait défaut dans l'érythème polymorphe. Le dessin des figures du mégalérythème est plus fin, que celui, plus grossier de l'érythème polymorphe. Les alternatives de pâlissement et de réapparition de mêmes éléments du mégalérythème ne doivent pas être confondues avec des poussées des éléments nouveaux de l'érythème polymorphe.

L'éruption érythémato-papuleuse n'est qu'une for-

me de début de l'érythème polymorphe, dont le caractère essentiel est la tendance au processus exudatif. La formation de bulle ou de vésicules peut se faire à tout moment de son évolution. Elles existent surtout dans les cas intenses et généralisées, justement ceux qui peuvent prêter à confusion. Il serait d'ailleurs possible, même au stade érythémato-papuleux, de mettre en évidence ce caractère exudatif par la vitropression de la papule, qui ferait voir « une tache vitreuse gris-jaune, livide enchassée dans la peau » (Ramel). Si les deux affections n'étaient en réalité qu'une seule, dont une variété particulière atteindrait les enfants, on devrait rencontrer des cas intermédiaires avec formation de bulles ou de vésicules. Or jamais de tels faits n'étaient signalées dans le mégalérythème des enfants ou des adultes.

L'érythème polymorphe atteint assez souvent les muqueuses des joues, des lèvres, des gencives et du palais en y produisant des vésicules ou bulles, qui aboutissent à des érosions et même aux ulcérations, faits inconnus dans le magalérythème. L'érythème polymorphe laisse à sa suite souvent une légère desquamation, phénomène très rare et très réduit dans le mégalérythème. De même une pigmentation qui suit souvent le premier est exceptionnelle dans le second. Plachte insiste sur la température locale plutôt élevée dans le mégalérythème contrairement à la sensation froide au toucher de l'érythème polymorphe. La fièvre, des douleurs rhumatoïdes, le prurit et la sensation de cuisson se ver-

raient dans les formes généralisées de l'érythème polymorphe (Hebra) contrairement au mégalérythème, qui est habituellement étendu, sans s'accompagner de ces symptômes. Lortat-Jacob a signalé un « état de fatigue et de dépression qui succède souvent même aux formes le plus bénignes » de l'érythème polymorphe, constatation qui contraste avec l'euphorie habituelle dans le mégalérythème. L'âge frappé avec prédilection est différent dans les deux affections : l'âge scolaire dans le mégalérythème, les adultes dans l'érythème polymorphe. L'immunité probable conférée par une atteinte de mégalérythème s'oppose à la prédisposition aux récurrences fréquemment notée dans l'érythème polymorphe, survenant à des intervalles éloignés. Lortat-Jacob en a vu dans la moitié de ses cas et Ramel dans 33 % des siens. La contagiosité du mégalérythème est prouvée, ce qui n'est pas le cas dans l'érythème polymorphe. La durée est assez différente dans les deux cas. Dépasse rarement une dizaine de jours dans le mégalérythème, elle est ordinairement de 1 à 4 semaines dans l'érythème polymorphe. Les caractères histo-pathologiques de l'érythème polymorphe montrent une certaine ressemblance avec ceux du mégalérythème. Il est vrai qu'ils n'ont rien de pathognomonique. Dans les deux maladies il existe surtout un œdème du corps papillaire, une infiltration surtout périvasculaire de cellules à type lymphocytaire et une dilatation du réseau sous papillaire. Mais parallèlement à la tendance à l'exudation manifeste cliniquement, on note même dans le

stade précoce de l'érythème polymorphe des formations vésiculaires intraépidermiques et des vacuoles intra cellulaires (Kreibich cité par Lortat-Jacob, Gang précité par Tachau). Tous les intermédiaires entre l'œdème et la formation de bulles s'observent.

L'urticaire, notamment l'urticaire circonécée peut parfois donner lieu à des hésitations (Hoffmann-Dressen). Mais le prurit intense et l'éphémérité bien plus grande que dans le mégalérythème, pourront aider au diagnostic. Les papules ortiées sont beaucoup plus surélevées que les éléments du mégalérythème.

Les érythèmes toxiques peuvent prêter à confusion dans certains cas, mais ils surviennent quelques heures ou quelques jours après l'absorption de certaines substances. Leur aspects et leurs formes sont innombrables. Certains sont circonécés ou marginés (cubèbe), santal, térébenthine, iode, etc.) et parfois très prurigineux. L'absence de l'évolution régulière, la notion étiologique, souvent l'examen des urines et parfois la preuve expérimentale avec la substance suspecte pourront aider au diagnostic. Certaines éruptions survenant une dizaine de jours après une injection de serum peuvent prendre la forme circonécée. Ils se localisent souvent à l'endroit de la piqûre mais peuvent se généraliser.

Les érythèmes secondaires à des maladies infectieuses diverses (grippe, diphtérie, méningococcie et septicémies à streptocoques ou à staphylocoques peu-

vent parfois simuler l'éruption du mégalérythème. Sous le nom d'« Erythéma annulare » de fins anneaux maculeux siégeant sur le tronc ont été décrits comme pathognomoniques de l'endocardite rhumatismale (Leiner). Des taches marginées survenant peu après une piqûre d'un insecte ont été signalées sous le nom de « erythéma annulare centrifugum acutum multiplex ».

Roséole syphilitique. Elle survient 45-50 jours après le début du chancre, siège sur les flancs, thorax, respecte la face, ses éléments ne confluent pas. C'est plutôt la « roséole circinée » de Fournier, plus tardive, qui pourrait avoir une lointaine ressemblance avec les figures circinées du mégalérythème. La durée longue de la roséole et le cortège symptomatique de la syphilis secondaire rendent ce diagnostic facile.

Exanthéma subitum. — Cette maladie décrite la première fois il y a 20 ans atteint presque exclusivement les enfants au-dessous de 2 ans. Après 2 à 4 jours de fièvre élevée 39 à 40°, avec parfois des phénomènes catarrhaux, se terminant par une chute critique, un exanthème morbilliforme survient à la poitrine, le ventre, le dos, le cuir chevelu très peu à la face et aux extrémités. La durée de l'éruption est de 1 à 2 jours. Westcott a décrit cette affection sous le nom de pseudo-rubella. L'image hématologique en est très typique : une leucopénie intense portant sur les polynucléaires dont le taux a atteint 2 % (deux) (Glanz-

mann) une mononucléose de 80 %, 98 % est constante. Les éosinophiles sont rares. On a donc une série d'éléments de diagnostic avec le mégalérythème typique ordinaire. Quant au « morbilloïd » de Pospischill, Glanzmann l'identifie avec l'exanthéma subitum.

La fièvre boutonneuse du bassin méditerranéen ne pourra pas donner lieu à des hésitations. Son début se fait par un état infectieux avec fièvre élevée, céphalée, nausées, vomissements, douleur de gorge et une sensation de brisement. Les « boutons » apparaissent 3 à 4 jours après, couvrant tout le corps même les paumes et les plantes et ne confluent jamais. La courbe fébrile est cyclique et la défervescence se fait 15 jours après le début. Il persiste longtemps une asthénie prononcée.

La maladie éruptive épidémique de nature indéterminée, décrite par Stroë, qui l'a observée à Bucarest est très contagieuse, s'accompagne de fièvre, prostration, catarrhe oculo-nasal, et de sueurs profuses. L'exanthème scarlatiniforme présente presque toujours de fines vésicules et est suivi de desquamation. Beaucoup plus grave que le mégalérythème, elle s'accompagne de complications respiratoires et nerveuses. Stroë a vu 6 cas mortels.

PRONOSTIC

Le pronostic est excellent. Quelques rarissimes cas sérieux ont été observés (Weber). Nous citons pour mémoire les quelques observations avec issue mortelle, très probablement indépendante du mégalérythème. Ainsi Berberich cite dans sa thèse un cas mortel observé par Halbey, où l'éruption hémorragique comprenait des éléments bulleux et fut suivie d'une desquamation. Il ne s'agissait donc pas du mégalérythème, bien que la sœur de la malade en aurait présenté un. Un autre cas a été observé par Berberich lui-même : une syncope mortelle au cours du mégalérythème chez un enfant de 1 an et demi. Tripke aurait observé quelques cas mortels dûs à des pneumonies et une néphrite. Non moins rarement on a signalé des complications. Tobler a observé un ictère et une cystite après le mégalérythème, sans vouloir y voir une relation de cause à effet, Taccone a rapporté un cas de néphrite hémorragique à terminaison mortelle chez un enfant de 2 ans et un cas de mastoïdite s'étant manifesté 12 jours après le début du mégalérythème.

Aucun traitement n'est habituellement nécessaire. On était parfois obligé de combattre le prurit. Le repos a été ordonné dans les cas intenses. Certains auteurs ont conseillé de s'abstenir d'envoyer les enfants

à l'école, à cause de la contagiosité de la maladie. Hoffmann pendant 10-14 jours, Taccone pendant une durée légèrement supérieure à celle de l'éruption dans chaque cas particulier, en moyenne 2 à 3 semaines.

Il me reste un devoir particulièrement agréable à accomplir en remerciant Monsieur le Professeur Taccone de Milan d'avoir eu la bienveillance de m'envoyer ses travaux si importants pour la question.

CONCLUSIONS

Le mégalérythème épidémique est une maladie de l'enfance, infectieuse, contagieuse, spécifique très bénigne survenant souvent sous forme d'épidémies.

L'absence de fièvre, de troubles généraux viscéraux et locaux est la règle. L'éruption constitue le plus souvent le seul symptôme de la maladie. L'exanthème débute avec une quasi constance à la face et s'étend ensuite aux membres, surtout à leur face d'extension. L'atteinte du tronc est en général moins marquée et plus tardive. L'éruption débute par des macules rouges, qui confluent rapidement en de larges taches érythémateuses. Leur évolution ultérieure aboutit à la formation de figures circonécées. Un symptôme très important est l'instabilité de l'éruption changeant d'intensité sous l'influence de causes diverses, disparaissant et réapparaissant alternativement.

Vu : *Le Président de thèse,*
L. TANON.

Vu : *Le Doyen,*
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Pour le recteur de l'Académie de Paris
L'Inspecteur,
J. PÉRRON.

BIBLIOGRAPHIE

MÉGALÉRYTHÈME ÉPIDÉMIQUE

- TSCHAMER. — Über örtliche Rotheln. Jahrbuch f. kinderheilkunde 1889, XXIX, p. 372.
- GUMFLOWICZ. — Casuistisches u. Historisches über Rotheln Jarb. f. kinderh, 1891, XXXII, p. 267.
- *STICKER. — Die neue Kinderseuche in der Umgebung v. Giessen. Erythema infectiosum. Zeitschrift f. praktische Ärzte, 1899, 1 VII.
- TOBEITZ. — Zur Polymorphie u. Differenzialdiagnose der Rubeola. Arch. f. kinderh, 1898, p. 17.
- BERBERICH. — Erythema infectiosum. Thèse de Giessen, 1899.
- SCHMID. — Über Rotheln u. Erythemepidemien. Wiener klinische Woch., 1899, p. 47.
- *TRIPKE. — Erythema infectiosum febrile. Kalender f. Frauen u. Kinder-ärzte. Kreutznach, 1901.
- TRAMMER. — Scarlatinois Wiener mediz. Wochenschrift, 1901.
- L. FEILCHENFELD. — Erythema simplex marginatum Deutsche med. Woch, 1902, n° 33.

- TRUMPP. — Monatschrift f. Kinderh., 1904.
- ESCHERICH. — Demonstration zweier Falle von Erythema infectiosum. Wr. Klin. Woch., 1904, p. 631.
- ESCHERICH. — Erythema contagiosum Monatsch f. Kinderh., 1904, p. 238 et 285.
- STICKER. — Über das in giessen u. Umgebung wieder auftreten de akute infektiöse Exanthem. Dtsche med. Woch., 1904, p. 1950.
- POSPISCHILL. — Ein neues als. selbständig annerkanntes akutes Exanthem. Wr. Klin. Woch, 1904, p. 181 et 701.
- HEIMANN. — Erythema infectiosum Jahb. f. Kinderh. 1904, p. 421.
- PLACHTE. — Das Megalerythema epidemicum. Die Gross flecken. Berl. klin. Woch, 1904, n° 9.
- ANONYME. — Nouvelle variété d'érythème. Arch. de médecine des enfants, 1904, p. 489.
- CHEINISSE. — Une 5° maladie éruptive. Le mégalerythème épidémique. La semaine médicale, 1905, p. 205.
- FLEISCHER. — Zur Kenntniss des Erythema infectiosum. Wr. med. Woch, 1905, p. 2023.
- H. L. K. SHAW. — Erythema infectiosum American journ. of the medical sciences, 1905, IV.
- MOUSSOUS. — Quelques cas de megalerythème épidémique. Arch. de med. des enfants, 1906, p. 95.
- ROVERE. — Una piccola epidemia di « megalerythema epidemicum » La Pediatria, 1903, p. 43.
- SEPP. — Klinische Beobachtungen über das Erythema infectiosum. Thèse de Munich, 1909.

ESCHERICH. — Demonstration von sog Erythema infectiosum recte Erythema multiforme. Wr. klin Woch. 1909, p. 179.

MICHALOWICZ. — Przegląd pediatryczny, 1909.

— Ref. in Jahrb. f. kinderh, 1910.

PINI. — Sulla cosiddetta « quinta malattia » Morgagni, 1910, p. 811.

PFAUNDLER IN PFAUDLER. — Schlossmann handbuch f. kinderheilkunde, 1910. Erythema inf. I, II.

FEER. — Eryth. infectiosum. Lehrbuch der kinder-heilkunde, 1911.

*INDEMANNS. — Erythema infect. Nederl. Tijdsch v. Geneesk, 1912, II moitié.

TUGENDREICH. — Infectioses Exanthem monatsch. f. kinderh, 12, 1913.

*AAGE L. FONNS. — Kjobenhavn Erythema annulatum Ugeskr. for Laeger, 1914.

HEISLER. — Erythema infectiosum Munchener med. Woch, 1914, p. 1684.

TÖBLER. — Zur breslauer Epidemie von Erythema infectiosum. Berl. klin. Woch, 1914, p. 544.

— Erythema infectiosum Ergebnisse der inneren medicin u. Kinderh, 1915, p. 70.

WEBER. — Das Erythema infectiosum. Correspondenz. Blatt f. schweizer Arzte, 1916, p. 1453.

E. HOFFMANN. — Erythema inf. grossflecken oder Ringelrotheln. Dtsche med. Woch, 1916, p. 777.

DRESSEN. — Erythema infectiosum. Thèse de Bonn, 1916.

NAEGELI. — Uber Erythema infectiosum. Münch. med. Woch, 1916, n° 503.

WIESENTHAL. — E. inf. Munchener med. Woch. 1916, p. 1015.

SCHELTEMA. — Een achtaal gevallen van Erythema infect. Nedel. Tijdsch. v. enees, 1916 I moitié.

*INDEMANNS. — Erythema infectiosum Ned. Tijdsch. v. geneesk, 1916 I.

*KLOS1. — Eryth. inf. Fortschritt med., 1916-17, n° 3.

OCHSENIUS. — Uber Erythema infectiosum Munchener med. Woch, 1917, p. 838.

RADAELI. — Una piccola epidemia di megaleritema infettivo o quinta malattia. Giornale italiano delle malattie ven, e. della pelle, 1918, p. 319.

*GROSSER. — Med. klinik, 1919, n° 32.

COERPER. — Beitrag z. klinik des Erythema infectiosum. Munchener med. Woch, 1920, p. 456.

COMBY. — Erytheme épidémique. Traité des maladies de l'enfance, 1920.

MUGGIA. — L'eritema infettivo nei bambini Riforma medica, 1921, p. 562.

*IATSUKA A KATAOKA. — Journ.of. south mandschouria soc. 1921, IX.

TEISSIER. — Cinquième maladie. Nouveau traité de médecine. Roger, Vidal, Tessier, 1922.

FEER. — Lehrbuch der kinderh, 1922. E. infectiosum.

*STOOS. — E. infect. in Schlossmann-Pfaudler II, 1923.

BRUSA. — Note cliniche ed ematologiche durante un

epidemia di eritema infettivo *Rivista di clinica pediatrica*, 1924, p. 289.

ZAHORSKY. — An epidemic of Eryth. inf. *Americ. journ. of dis. of children*, 1924, p. 261.

LEINER. — Über besondere Exantheme u. Erytheme im Kindesalter *Wr. klin. Woch.*, 1925. Supplement special fasc, 5.

STRATMANN. — E. inf. bei einer 41 jährigen Patientin. *Dtsche med. Woch.*, 1925, p. 1785.

PETRENBSEBBE. — Erythema inf. *Svenska Lakartidningen* 1925. Ref. in *Zentralblatt f. haut u. Geschlechtskr.*, 1925-26, p. 197.

*SHAW. — E. inf. in. *Abts Pediatrics*, 1925.

*ROLLY. — E. inf. in. *Handbuch d. inn. Med.* de Mohr et Staehelin, 1925, IV.

HERRICK. — E. inf. a clinical report of 74 cases, *Am. journ. of dis of children* 31, 1926.

HANNEMANN. — E. inf. *Nederl. Tijd v. geneesk.*, 1920, ref. in *Americ journ. of. med. assoc.*, 1927, p. 238.

GLANZMANN. — Scarlatinois. *Revue med. de la Suisse romande*, 1926, p. 957.

*KAMPMANN. — E. inf. et Roseola infantum *geneesk Tijdsch v. Nederl. Indic*, 1926.

GLANZMANN. — Das kritische Dreitagefieberexanthem; Exanthema subitum *Ergebn. d. inn. Mediz. u. kinderh.*, 1926.

TACCONE. — Per un epidemia di « quinta malattia » *Rivista di clinica pediatrica*, 1927, p. 145.

FINKELSTEIN et WILFAND. — Erythema inf. im. Säugling-salter. Arch. f. kinderh, 1927, p. 120.

HOSHI (1). — Epid. of E. inf. in mandschuria. The journal of oriental medicine 1927, n° 5, p. 110 ou Policlinic Daïren, 1926-1928.

*BAPTISTA. — E. inf. Brazil medico, 1927.

COMBY. — Erythème épidémique. Arch. de med. des enfants, 1927, p. 232.

CATHALA ET CAMBESSEDES. — Note sur une épidémie d'érythème infectieux paraissant devoir être rattaché à la cinquième maladie. Bull. de la société médicale des hôpitaux de Paris, 1928, p. 205.

BOCCHINI. — Un epidemia di « quinta malattia » osservata a Perugia. La Pediatria, 1928, n° 14.

TACCONI. — Sulla « quinta malattia ». Nuova epidemia osservata a Milano. La Pediatria-Archivio III a 1928, fasc 1-2.

KISSINGER. — 10 Falle von Erythema infectiosum Münchener med. Woch, 1928, p. 1381.

TOBEITZ. — Differenzialdiagnose der akuten Exantheme. Wk klin. Woch, 1928, p. 1092.

*FEELY. — E. inf Atlantic med. jour., 1928.

(2) BERNARD et ASTRUC. — 3 cas vraisemblables de 5^e maladie. Bull. de la Soc. méd. des Hôpitaux de Paris, 1929, p. 1277.

FUHS. — E. inf. chez un garçon de 10 ans. Wiener dermat. Gesellsch. ref. in Zehtralblatt d. Haut u. Geschlechtskr. 1929-30..

(1) A part le résumé anglais, nous n'avons pas pu avoir à notre disposition qu'une traduction très incomplète de l'original japonais.

SIWE. — Klinische Beobachtungen während einer nosocomialen Endemie von Erythema inf. Monastch. f. Kinderh. 1929, vol. 45, p. 152.

E.-H. SMITH. — Erythema infectiosum. Arch. of Pediatrics, 1929, p. 456.

(2) STRÜMPPEL-SEYFARTH. — Lehrbuch der. spez. Path. u. Ther. 1929. Ringelröteln.

ZAPPERT. — E. inf. Wr. klin. woch. 1930, p. 950.

MAJZNER et HERMELIN. — Eryth. inf. Warszawskie czas. lek. 1930, n°s 32, 33, 34.

SEVERIN. — E. inf. Dtsche. med. Woch. 1930, p. 120.

Anonyme. — Petite note sur une épidémie à Neustadt Munch. med. Woch., 1930, p. 567.

RIETSCHER. — Gibt es eine, 4°, 5° et 6° Krankheit. Med. Klin. 1930, p. 500.

(1) MORAWETZ. — E. inf. in Handbuch f. Haut u. Geschlechtskr. de Jadassohn XIV, 1930.

PINELLI. — Sulla quinta malattia La Pediatria, 1931, p. 248.

(2) M^{me} LAWTON et SMITH. — E. infect. Arch. of internal med. 47, 1931, p. 28.

KATZ. — Gehaufte Fälle von E. inf. Mediz Welt, 1931, p. 1062.

*GALLI. — E. inf. Pediatria pratica, 1931, p. 111.

KAZAROWA. — Zur ältesten geschichte des sog. Eryth. infect. Dermat. Wochenschr., 1931, p. 99.

* Les travaux marqués de ce signe n'ont pas pu être consultés par nous.

(2) Ces travaux contiennent des planches en couleurs ou des photographies.

(1) RICTSCHEA. — E. inf. in Pfaundler-Schlossmann :
Handbuch f. Kinderh. T. II, 1931.

NAEGELI. — Blutkrankheiten u. Blutdiagnostik, 1931.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

V. BOKAY. — IV Krankheit in Pfaundler. Schlossmann
Handbuch, 1910, II.

BORY. — Sur un érythème polymorphe étendu Progrès
medic., 1929, p. 655.

CHEINISSE. — L'identité de la IV maladie avec la rubéole
scarlatiniforme. Semaine med., 1905, p. 145.

CONSEIL. — Fièvre boutonneuse. Arch. de l'Inst. Pasteur
à Tunis, 1929, mars.

COURMONT. — Maladie sérique in Nouveau traité de med.
Roger Widal et Tessier, 1922.

DELESTRE. — Contribution à l'étude de la rubéole. Thèse
de Lyon, 1883.

DUREAU. — Rubéole et Scarlatinéole. Thèse de Paris, 1905-
1906.

FILATOW. — Zur frage betreffs der selbständigkeit der
Rubeola scarlatiosa. Arch. f. kinderh, 1886, p. 241.

FOURNIER. — Traité de la syphilis. Roséole.

GATT. — Influenza with erythematous eruption British
med. journ., 1921, II, p. 577 et 674.

HEBRA. — Hautkrankheiten. Erythema exud. multiforme.

HILLAIRET ET GAUCHER. — Maladies de la peau 1885, I.
Roseoles.

HOSCHSINGER. — Über die sog. IV krankheit Wr. klin. Woch, 1926, p. 154.

HUTINEL. — Notes sur quelques érythèmes infectieux. Arch. gen. de méd., 1892, II, p. 203.

JOCHMANN. — IV krankheit in Lehrbuch der Infektionskrankh, 1924.

LORTAT-JACOB. — Les érythèmes polymorphes. Rapport au Congrès des Dermat. et syphil. de langue française, 1929.

LIEBNER et FENYÖ. — Zwei Fälle von Erythema annulare acutum multiplex. Derm. Woch. 1926, p. 1667.

MENETRIER et STEVENIN. — Grippe in nouveau Traité de Médecine de Roger Vidal et Teissier, 1922.

MORAWETZ. — IV Krankh, Morbilli, Rubeola, Scarlat, in Handbuchf. Haut und Geschlechtskr. de Jadassohn XIV, 1930.

MOREL-LAVALLÉE. — Etude générale des roséoles. *Gazette des Hôpit.*, 1887, p. 817.

RAMEL. — Eryth. polymorphe. Congrès des dermatol. et syphil. de langue française, 1929.

RAVEN. — An epidemic of IV disease Lancet 204, 1923, p. 950.

RIETSCHER. — IV Krankheit, Rubeola in Schlassmann-Pfaundler Handbuch f. Kinderh. 1931, II.

SIMPSON. — IV disease or parascarlet? Lancet, 1922, p. 381.

TACHAU. — Erythema exudat. multiforme in Jadassohn Handbuch f. Haut u. geschlechtsk, 1930.

TEISSIER. — A propos de l'érythème polymorphe. Bull. méd., 1929, p. 891.

--- Rougeole, rubéole, scarlatine, IV, maladie in Nouveau Traité de médecine de Roger Widal et Teissier, 1922.

WESTCOTT. — Pseudo-rubella Amer. journ. of med. sciences, 1921, v. 162, p. 307.

WILLAN et BATEMAN. . . Delineations of cutaneous diseases, 1828.

Imp. Caillaux et Onillon, Bld Dumesnil, Angers
